



בקשה לזיכוי ממס בגין קרוב נטול יכולת⁽¹⁾

לשנת המס

(כנטול יכולת ייחשב גם קרוב המוחזק במוסד, ומבוקש בגינו זיכוי עפ"י סעיף 44) (סמ"י √ בריבוע המתאים)

פרטי המבקש/ת

| | | | |
|-----------|---------|-----------|--|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | קרבה משפחתית לנטול היכולת ⁽²⁾ |
| כ ת ו ב ת | | | |

פרטי המעביד

| | | |
|-----------|------------------|------------|
| שם המעביד | מספר תיק ניכויים | מספר טלפון |
| | 9 | |

פרטי נטול היכולת

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | מצב משפחתי |
| | | | <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה |
| מקום המגורים | שם המוסד | דמי החזקה חדשיים ⁽³⁾ | רצ"ב קבלות |
| <input type="checkbox"/> בביתו | <input type="checkbox"/> במוסד | | |
| כתובת המגורים: _____ | | | |

רצ"ב: תעודה רפואית⁽⁴⁾ הודעת הורה⁽⁵⁾

הכנסה חייבת בשנת המס של המבקש/ת ובן/בת הזוג

| | |
|---------|------------|
| המבקש/ת | בן/בת הזוג |
| _____ | _____ |

הכנסה חייבת⁽⁶⁾ בשנת המס של נטול היכולת ובן/בת הזוג

| | |
|-------------|------------|
| נטול היכולת | בן/בת הזוג |
| _____ | _____ |

לאור האמור לעיל הנני מבקש/ת לאשר לי זיכוי עפ"י⁽⁷⁾: סעיף 44 לפקודה⁽⁸⁾ סעיף 45 לפקודה⁽⁹⁾ 023 132

ה צ ה ר ה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם מלאים, נכונים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין השמטה ומסירת פרטים לא נכונים

חתימה

שם

תאריך

(1) אישור על היות אדם נטול יכולת יינתן ע"י רופא על גבי תעודה רפואית בטופס 127.

(2) קרוב הזכאי להטבה הוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה (אם, אב) ילד (בן, בת) ובני זוגם של הורה וילד. כאשר נטול היכולת הוא הורה, זכאי להטבה רק אחד מהצאצאים הרשום ב"הודעת הורה"

(3) על פי סעיף 44 יש לצרף מסמכים להוכחת עלויות ההחזקה במוסד.

(4) תעודה רפואית - על גבי טופס 127 חתומה ע"י רופא מוסמך.

(5) כאשר הזיכוי מבוקש בגין הורה נטול יכולת - יש לצרף "הודעת הורה" מעבר לדף.

(6) "הכנסה חייבת של נטול יכולת - לרבות הכנסה פטורה עפ"י כל דין. עפ"י החוק והתקנות יינתן זיכוי בגין נטול יכולת רק אם הכנסתם של נטול היכולת ובן/בת זוגו אינה עולה על תקרה הקבועה בתקנות ומתעדכנת מעת לעת. יש לצרף מסמכים להוכחת ההכנסות.

(7) החל מ- 1995 לא ניתן לקבל הטבות בגין שני הסעיפים באותה השנה.

(8) סעיף 44 מתיר זיכוי בשיעור 35% מהסכומים ששולמו מעל 12.5% מההכנסה החייבת של המבקש, בעד הוצאות החזקה במוסד של קרוב.

(9) סעיף 45 מתיר שתי נקודות זיכוי בגין קרוב נטול יכולת.

הטבות על פי שני הסעיפים יינתנו בהתאם לתנאים שבתקנות מס הכנסה (זיכוי ממס בעד נטול יכולת וזיכוי בעד הוצאות בשל החזקת קרוב במוסד) התשנ"ו - 1996.

הודעה של הורה נטול יכולת (5)

טופס ב לפי תקנה 2 לתקנות מס הכנסה

(זיכוי בעד נטול יכולת וזיכוי בעד הוצאות בשל החזקת קרוב במוסד), התשנ"ו - 1996.
(סמך/י √ בריבוע המתאים)

הוראות למילוי הטופס:

ההודעה תחתם בידי נטול היכולת או אם מונה לו אפוטרופוס - בידי האפוטרופוס. אם ההורה נטול היכולת נמצא במצב שאינו מאפשר לו מתן הודעה זו ולא מונה לו אפוטרופוס - תנתן ההודעה בידי בן זוגו, ואם אין לו בן זוג - בידי המבוגר מבין ילדיו.

פרטי נטול היכולת

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | כתובת |
|----------|---------|-----------|-------|
|----------|---------|-----------|-------|

אני הח"מ, מודיע/ה בזאת כי נקודות הזיכוי בשל נטול יכולת שפרטיו לעיל, על פי סעיף 45 לפקודת מס הכנסה, יובאו בחישוב המס של (יש לבחור אך ורק אחד מבין הרשומים מטה):

בנו בתו בן-זוגה של בתו בת-זוגו של בנו

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | שפרטיו/ה: |
|----------|---------|-----------|-----------|
| | | | |

ה צ ה ר ה

א. הצהרת נטול היכולת:

אני מצהיר/ה כי זוהי הודעתי היחידה לצורך זיכוי בעדי, לשנת המס _____, וכן כי לא הוגשה ולא תוגש על ידי כל הודעה אחרת לעניין זה.

_____ חתימה

_____ תאריך

ב. מונה אפוטרופוס להורה נטול היכולת, הצהרת האפוטרופוס:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | <input type="checkbox"/> פרטי האפוטרופוס |
|----------|---------|-----------|--|
| | | | |

אני מצהיר/ה כי זוהי הודעתי היחידה כאפוטרופוס של נטול היכולת שפרטיו לעיל, לצורך זיכוי בעדו, לשנת המס _____, וכן כי לא הוגשה ולא תוגש על ידי כל הודעה אחרת לעניין זה.

_____ חתימה

_____ תאריך

ג. נמצא ההורה במצב רפואי שאינו מאפשר לו להודיע כאמור ולא מונה לו אפוטרופוס, הצהרת בן/בת זוגו:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | <input type="checkbox"/> פרטי בן הזוג: |
|----------|---------|-----------|--|
| | | | |

אני מצהיר/ה כי ההורה נטול היכולת שפרטיו רשומים לעיל נמצא במצב רפואי שאינו מאפשר לו להודיע כאמור וכי לא מונה לו אפוטרופוס ועל כן אני מודיע/ה כאמור לעיל ומצהיר/ה כי זוהי הודעתי היחידה לצורך הזיכוי האמור לשנת המס _____ וכי לא הוגשה ולא תוגש על ידי כל הודעה אחרת לעניין זה.

_____ חתימה

_____ תאריך

ד. נמצא ההורה במצב רפואי שאינו מאפשר לו להודיע כאמור, לא מונה לו אפוטרופוס ואין לו בן זוג, הצהרת המבוגר מבין ילדיו:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | <input type="checkbox"/> פרטי המבוגר מבין הילדים: |
|----------|---------|-----------|---|
| | | | |

אני מצהיר/ה כי ההורה נטול היכולת שפרטיו רשומים לעיל נמצא במצב רפואי שאינו מאפשר לו להודיע כאמור, כי לא מונה לו אפוטרופוס וכי אני המבוגר/ת מבין ילדיו ועל כן אני מודיע/ה כאמור לעיל ומצהיר/ה כי זוהי הודעתי היחידה לצורך הזיכוי האמור לשנת המס _____ וכי לא הוגשה ולא תוגש על ידי כל הודעה אחרת לעניין זה.

_____ חתימה

_____ תאריך